

自動車運転評価シート

この度、自動車運転再開講習の受講にあたり、対象者の現在の状況についてご報告致します。よろしくお願いします。

評価日 年 月 日 担当

1. 基本情報

氏名 () 年齢 () 性別 (男・女) 利き手(右・左) 居住地 ()
診断名 () 発症日 (年 月 日) 運転可能な家族 有 () ・ 無 ()

2. 病前運転状況

運転歴 (年)	車種 ()	<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> MT
次回免許更新日 (年 月 日)	視力低下 <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 ()		
種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 中型	<input type="checkbox"/> 大型
目的	<input type="checkbox"/> 通勤	<input type="checkbox"/> 仕事 ()	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 家族・友人の送迎
その他 ()			
頻度(週間)	<input type="checkbox"/> 1~2回	<input type="checkbox"/> 3~4回	<input type="checkbox"/> 5~6回 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他 ()
時間帯	<input type="checkbox"/> 早朝	<input type="checkbox"/> 通勤時間	<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> その他 ()
1回の運転時間	<input type="checkbox"/> 30分未満	<input type="checkbox"/> 1時間未満	<input type="checkbox"/> 2時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間未満 <input type="checkbox"/> 3時間以上(時間)
範囲	<input type="checkbox"/> 市内	<input type="checkbox"/> 市外近隣	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 県外
過去の違反歴	<input type="checkbox"/> 違反あり	内容 () (回)	内容 () (回) <input type="checkbox"/> 無 ()
過去1年間の事故	<input type="checkbox"/> 事故あり	内容 () (回)	内容 () (回) <input type="checkbox"/> 無 ()

3. 運転希望

目的	<input type="checkbox"/> 通勤	<input type="checkbox"/> 仕事 ()	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 家族・友人の送迎
その他 ()					

4. 身体機能

運動麻痺	<input type="checkbox"/> 右(上肢・下肢)	<input type="checkbox"/> 左(上肢・下肢)	(重・中・軽)	<input type="checkbox"/> 無
感覚障害	<input type="checkbox"/> 有	程度 (重・中・軽)	部位・詳細()	<input type="checkbox"/> 無
失調	<input type="checkbox"/> 有	程度 (重・中・軽)	部位・詳細()	<input type="checkbox"/> 無
視野障害	<input type="checkbox"/> 有	(半盲・1/4盲)	<input type="checkbox"/> 無	

5. 高次脳機能

障害	<input type="checkbox"/> 注意力低下 <input type="checkbox"/> 計画性、効率、思考の柔軟性が低い(遂行機能障害) <input type="checkbox"/> 言語障害(言葉の理解が低い、言葉が出にくい) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 半側への不注意(右・左) <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 物の形の認識、距離感が取りにくい(構成障害) <input type="checkbox"/> 障害の自覚が乏しい、危険意識が低い(病識低下)
----	---	--	---

6. 運転シミュレーター結果

7. 生活場面の観察から

8. 障害の影響が予想される運転場面

●注意障害による影響

- 急発進や急ブレーキが見られる
- 集中力が持続できず、長時間の運転ができない
- 一旦停止や信号、標識の認識が遅れる
- 車体位置(車線に対して／左折時／右折時)
- アクセル・ブレーキの踏み替えが不適切
- 会話しながらの運転が困難
- 半側への不注意の影響
- 左折時の巻き込み確認が不十分
- 歩行者、他車両への配慮が不十分
- 右折時の歩行者や対向車確認が不十分
- その他()

●構成障害の影響

- 適切な車間距離を保ちながらの運転することができない

●言語障害の影響

- 指摘に対して修正できない

●複雑な指示では混乱しやすい

●遂行機能障害の影響

- 計画的に目的地に着くことができない

●安全速度が守れない

- 状況に合わせて柔軟な対応ができない

●病識低下の影響

- 自分の運転に対する自己認識が低い・甘い

9. 特記事項

講習時の同伴 有(家族 OT ST) 無

改造の必要性 有 無

講習時の教習車の設定 有(ハンドルノブ 左足アクセル 左方向指示器) 無

神経心理学検査結果

10. 総合コメント(運転再開の見込みを含めて記載)

以上、簡単ではありますがご報告いたします。不明な点がありましたご連絡下さい。よろしくお願い致します。